

Ministero dell'Istruzione - Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Comprensivo Simonetta Salacone
Via Francesco Ferraironi, 38 – 00177 ROMA - Tel. 06/24300010 - Fax. 06/2413609
E-MAIL: RMIC8EW00x@ISTRUZIONE.IT; WWW.SIMONETTASALACONE.EDU.IT

Gruppo di Lavoro Operativo

PER L'INCLUSIONE DELLE ALUNNE E DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ

VERBALE DELL'INCONTRO DI VERIFICA FINALE DEL PEI

L. N. 104/92 ART. 15 COME SOSTITUITO DAL D.LGS. N.66/17 ART. 9 COMMA 10, INTEGRATO E MODIFICATO DAL D.LGS. N.96/19

Ркот. Ris.:				
Il giorno dell'anno alle ore presso previa convocazione si riunisce il Gruppo d Lavoro Operativo per l'alunno/a frequentante la classe scuola plesso con il seguente ordine del giorno:				
 verifica del Piano Educativo Individualizzato; 				
proposte di intervento per l'anno scolastico successivo.				
Sono presenti (INDICARE I NOMINATIVI)				
Dirigente Scolastico o docente formalmente delegato				
I docenti della sezione/team/classe				
 Altre figure di riferimento (operatore sociosanitario, assistente per l'autonomia e le comunicazione per la disabilità sensoriale,) 				
• Équipe dei Servizi Sociosanitari pubblici o accreditati (<i>referenti per l'allievo/a</i>)				
Genitori o esercenti la responsabilità genitoriale				
 Eventuale esperto della famiglia (con funzione di consulenza tecnica; la presenza vien precedentemente segnalata e concordata) 				
Presiede la riunione				
Funge da segretario				
I risultati ottenuti nella realizzazione del PEI dell'anno in corso sono stati				
Non raggiunti e relative motivazioni				
Parzialmente raggiunti e relative motivazioni				
Pienamente raggiunti e relative motivazioni				
Eventuali specificazioni e relative motivazioni				

Entità delle difficoltà nello svolgimento delle attività comprese in ciascun dominio/dimensione tenendo conto dei fattori ambientali implicati.

Assente	Lieve	Media	ELEVATA	Molto elevata

	tanto, il GLO propone che l'allievo/a possa usufruire, per il prossimo anno scolastico, npatibilmente con la disponibilità delle risorse, di:				
	[] sussidi e ausili (<i>specificare</i>)				
•	[] orario di frequenza flessibile (<i>specificare</i>)				
•	[] operatore Socio-Sanitario/addetto all'assistenza n. ore				
•	[] addetto alla comunicazione n. ore				
•	[] un numero di ore di sostegno non inferirore a:				
•	[] altro (indicare n.ore)				
	riunione si conclude alle ore				
	La/Il Presidente La/Il Segretaria/o				
Eve	NTUALI ALLEGATI				
•	_				
•	_				
•	_				